

263

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 13 juillet 1892, à une heure

Par JULES DELBECQUE

Ancien externe des hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

RESTAURATION DU CANAL DE L'URÈTHRE

CHEZ LA FEMME

Le procédé à lambeaux vulvo-vaginaux de M. Péan

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : MM. FARABEUF, professeur.
KIRMISSON, RIBEMONT-DESSAIGNES, agrégés.*

IMPRIMERIE DES THÈSES

de la

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY,

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE,
PARIS

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 13 juillet 1892, à une heure

Par JULES DELBECQUE

Ancien externe des hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

RESTAURATION DU CANAL DE L'URÈTHRE

CHEZ LA FEMME

Le procédé à lambeaux vulvo-vaginaux de M. Péan

Président : M. PINARD, professeur,

*Juges : MM. { FARABEUF, professeur.
KIRMISSON, RIBEMONT-DESSAIGNES, agrégés.*

IMPRIMERIE DES THÈSES

de la

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY,

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE,
PARIS

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TILLAX.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	{ G. SÉE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	{ GRANCHER.
Maladies des enfants	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.	{ VERNEUIL.
	{ LE FORT.
Clinique chirurgicale	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Cliniques d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice.

MM. BALLET.	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON.	MM. RIBEMONT-
BAR.	GILBERT.	NETTER.	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEY.	POIRIER, chef	RICARD.
BRISSAUD.	HANOT.	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN.	HUTINEL.	anatomiques	SCHWARTZ.
CAMPENON.	JALAGUIER.	QUENU.	SEGOND.
CHANTEMES-	KIRMISSON.	QUINQUAUD	TUFFIER.
SE.	LETULLE.	REITTERER.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD	MARIE.	REYNIER.	WEISS.
DEJERINE.	MAYGRIER.		

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MONSIEUR LE DOCTEUR PÉAN

Chirurgien des hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR RIGAUD

Chevalier de la Légion d'Honneur

Souvenir de profonde gratitude.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR PINARD

Professeur à la Faculté de Médecine

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

Introduction

Ayant eu l'occasion pendant notre externat d'observer dans le service de notre cher maître M. Péan deux cas de destruction de l'urèthre chez la femme, traités par un procédé particulier, nous avons pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de faire du manuel opératoire et des indications de ce procédé le sujet de notre dissertation inaugurale. Exposer aussi clairement que possible la façon de faire de notre maître, tel est le but unique de notre modeste travail.

Cependant nous ne saurions être compris, si nous ne donnions au moins un résumé rapide de la destruction de l'urèthre féminin, au triple point de vue des causes qui lui donnent naissance, des symptômes qu'elle provoque et de la thérapeutique qu'il convient de lui appliquer.

Toutefois il est ici une remarque qu'il importe de présenter dès le début. Les destructions de l'urèthre féminin sont rarement limitées à l'urèthre seul : dans bon nombre de cas, elles intéressent en même temps la vessie et particulièrement le col de cet organe. A côté des fistules vésico-vaginales proprement dites dont il ne sera nullement question ici, il y a donc lieu de distinguer :

1^o Les destructions uréthrales pures, les fistules *uréthro-vaginales*.

2^o Les destructions occupant à la fois l'urèthre et la région voisine du réservoir urinaire, c'est-à-dire les fistules *uréthro*

vésico-vaginales. Comme celles-ci empruntent leur caractère essentiel à la rupture du sphincter qui entoure le col vésical, M. le professeur Verneuil (1) leur a donné à juste titre le nom de *fistules uréthro-cervico-vaginales*.

C'est à ces deux classes de fistules que s'appliquent les considérations qui vont suivre. Nous ajouterons encore une nouvelle restriction, qui se comprend d'elle-même, d'après ce que nous venons de dire : c'est que nous aurons uniquement en vue les pertes de substance portant sur la paroi inférieure ou sur la paroi inféro-latérale du canal uréthral. Celles de la paroi supérieure ne nous occuperont donc pas. Nous entendons ainsi éliminer surtout ces cas, rares et encore peu étudiés, d'épispadias chez la femme, dont M. Auffret (2) a rapporté récemment un bel exemple au dernier congrès français de chirurgie.

Voici l'ordre que nous avons adopté dans la rédaction de ce mémoire :

Dans un premier chapitre, nous donnons un résumé succinct de l'étiologie, des symptômes, du pronostic et du traitement de la destruction de l'urèthre féminin.

Désirant avant tout exposer le procédé de M. Péan, qui est un procédé à lambeaux, nous ne saurions le faire sans décrire, au moins dans leurs détails essentiels, les autres opérations autoplastiques applicables à la cure de la destruction de la paroi inférieure de l'urèthre féminin. Tel est l'objet du chapitre deuxième.

Dans le troisième chapitre, nous essayerons (sans y avoir réussi, nous le craignons) d'établir les indications et les contre-

(1) Mémoire de Chirurgie réparatrice tome 1^{er}.

(2) Congr. français de chirurgie, 1892.

indications des procédés autoplastiques et en particulier de celui de M. Péan. Nous essayerons d'en faire ressortir les avantages au point de vue fonctionnel.

Le dernier chapitre contiendra les pièces justificatives que notre maître a bien voulu nous abandonner.

Avant d'aborder notre sujet, nous tenons à remercier les maîtres qui se sont intéressés à nos études médicales et ont bien voulu nous guider de leurs précieux conseils. Que MM. Jaccoud, Gombault, Josias, Hallopeau, Labbé, Schwartz, Ribemont-Dessaignes, veuillent bien accepter l'expression de notre vive gratitude.

Mais avant tout, il est un maître dont le souvenir ne s'effacera jamais de notre cœur, non seulement pour le précieux enseignement qu'il nous a donné, mais aussi pour toutes les marques de sympathie dont il n'a cessé de nous combler depuis que nous avons été son externe à l'hôpital Saint-Louis. Nous prions M. Péan d'accepter l'hommage de notre sincère reconnaissance ; nous n'oublierons jamais sa bonté à notre égard.

Qu'il nous soit également permis d'adresser ici nos plus vifs remerciements à M. le docteur Laborde, pour le bienveillant intérêt qu'il nous a toujours témoigné.

Nous sommes doublement reconnaissant envers M. le professeur Pinard, et pour l'amabilité avec laquelle il nous a accueilli dans son service durant notre stage obstétrical, et pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant aujourd'hui la présidence de cette thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
RESTAURATION DU CANAL DE L'URÈTHRE
CHEZ LA FEMME

CHAPITRE I

**Notions générales sur la destruction de la paroi inférieure de
l'urèthre chez la femme (1).**

Ne voulant pas étudier la destruction de l'urèthre chez la femme, on ne devra chercher ici qu'un aperçu rapide des particularités relatives à la nosographie et à la thérapeutique de cette lésion. Nous croyons que cet exposé ne sera pas tout à fait déplacé, d'autant plus que nos ouvrages, mêmes les plus estimés, ne consacrent aucun chapitre d'ensemble à la lésion qui nous occupe et n'en traitent qu'incidemment à l'occasion des fistules vésico-vaginales.

I. ÉTIOLOGIE

Les causes de la destruction de la paroi inférieure de l'urèthre féminin se confondent presque entièrement avec celles des fistules vésico-vaginales. Quelques points spéciaux méritent cependant d'être mis en lumière. Nous les indiquerons, en nous appuyant surtout sur la description donnée par Winckel (2) et sur les notions insérées dans l'excellente thèse du docteur Frœlich (3) de Nancy. Cette dernière thèse constitue sur le

(1) Nous tenons à répéter encore une fois que le mot destruction de l'urèthre que nous emploierons souvent par abréviation doit toujours être considéré comme synonyme de destruction de la paroi inférieure ou de la paroi inféro-latérale chez la femme.

(2) Deutsche Chirurgie. Lieferung. 62.

(3) Thèse Inaugurale. Nancy 1890-91. N° 5.

sujet qui nous occupe le seul travail d'ensemble auquel nous ferons de fréquents emprunts.

On peut avec Winckel diviser les fistules uréthro-vaginales et uréthro-cervico-vaginales en deux classes, suivant qu'elles sont ou non en relation avec l'état puerpéral.

1° *Les fistules puerpérales ou obstétricales* comptent au nombre de celles qui sont le plus souvent opérées par le chirurgien. D'une façon absolue, elles ne tiennent pas le premier rang dans l'ordre de fréquence; à cet égard il faut placer en tête les destructions consécutives aux néoplasmes des organes génitaux; mais celles-ci sont en général au dessus des ressources de l'art, pour des raisons qu'il est inutile de développer ici.

Quant aux fistules obstétricales, elles sont à leur tour spontanées ou traumatiques.

(a). *Les fistules obstétricales spontanées* sont tout à fait exceptionnelles pour l'urètre féminin; elles intéressent à peu près toujours la cloison vésico-vaginale. Cependant on a observé des compressions de la paroi uréthrale, accompagnées de mortification, par des exostoses du pubis (Meissner) et par des calculs vésicaux. (Winckel.) Suivant Hecker (1) une symphyse pubienne exceptionnellement élevée prédisposerait tout particulièrement la paroi uréthrale à une compression par la tête fœtale.

On a longtemps cru que les fistules, qui au moment de l'accouchement peuvent se produire sur toute l'étendue de la cloison uréthro-vésico-vaginale, dépendaient avant tout des manœuvres faites par l'accoucheur et de l'introduction d'instruments divers. C'est là une opinion erronée et, comme l'ont si bien démontré G. Simon (2) et Baker Brown, les lésions résultent dans la majo-

(1) Klinik der Geburtskunde. T.I. p. 120.

(2) Arch f. klinische Chirurgie 1870. p. 573.

rité des cas d'une intervention trop tardive, d'une temporisation immodérée lorsque le travail marche lentement.

(b). *Fistules obstétricales traumatiques*. Néanmoins on ne saurait contester que dans quelques circonstances l'impéritie de l'accoucheur soit directement coupable du méfait. C'est ainsi qu'on a pu incriminer le forceps, le levier, le crochet, les instruments usités dans la céphalotripsie, la craniotomie et l'embryotomie. La branche du forceps pourrait encore, quand elle est longtemps maintenue en place, donner lieu à des fistules parfois très compliquées ayant leur siège sur le tiers inférieur de la paroi vaginale ; elles résultent alors non d'un traumatisme direct, mais d'une *nécrose de cette paroi* vaginale par une compression trop prolongée. On a vu aussi après la craniotomie des éclats osseux déchirer le col de la vessie et la face inférieure de l'urèthre. Signalons encore ce cas bizarre relaté par Spiegelberg (1) dans lequel la main de l'accoucheur, au lieu d'être conduite dans le vagin, pénétra dans l'urèthre et rompit la paroi du canal. !!

Enfin on a vu chez les femmes enceintes et chez de nouvelles accouchées des ulcérations dites diphtériques (Schmarbeck (2)) et des ulcérations analogues (épithéliales surtout), de la paroi uréthro cervico-vaginale s'ouvrir dans le vagin et donner lieu à la production des fistules que nous étudions. Ces accidents sont toutefois relativement rares pour l'urèthre. On les observe plus souvent sur la paroi vésicale elle-même. Mentionnons ici le fait relaté par Hamonic (3) dans lequel une folliculite blennorrhagique donna lieu à la production d'une fistule uréthro-vestibulaire.

1) Arch. f. Gynakol. VII p 346.

(1) Diss Inaug Berlin 1877

(3) Ann. de Dermatol et de syphiligr 1884. II. p 345.

2^o *Les fistules non puerpérales* se divisent en acquises et en congénitales.

(A) Les *fistules acquises* sont les unes *traumatiques*, les autres *spontanées* ou *pathologiques*.

Parmi les fistules non puerpérales traumatiques, citons les perforations produites par le cathéter métallique, par le lithotriteur, par des corps étrangers et surtout par des aiguilles à cheveux (Winckel), enfin par les instruments les plus divers, (plaies nettes ou contuses par coups, chutes sur le périnée, etc.)

Mittelhaeuser (1) prétendait que la dilatation forcée de l'urèthre avec le doigt pouvait donner lieu à une fistule ; cette opinion n'est pas exacte, ainsi que l'a montré Winckel.

Par contre, on a vu (Dieffenbach,) des pessaires mal appliqués, trop volumineux, descendus à l'anneau vulvaire amener des perforations de la paroi uréthro-cervico-vaginale, par un mécanisme facile à comprendre.

Rappelons enfin que d'après Frœlich (thèse citée) il existe en Russie une secte religieuse, les Skoptes, dont les adhérentes se soumettent à des mutilations portant principalement sur les organes génitaux externes et consistant en excisions de grandes lèvres et du clitoris. Les personnes maladroites chargées de cette opération égarent parfois le scalpel du côté des voies urinaires.

Quant aux destructions dites spontanées, elles sont engendrées par des processus ulcératifs de toute nature. Le cancer les produit souvent. On ne sait encore si les ulcères tuberculeux doivent être incriminés. Quant à la syphilis, dont l'action a été longtemps discutée, son influence est bien déterminée depuis l'observation

(1) Dissertatio de incontinentia urinæ. Hilschero. 1716

de Freund (1) et de Beckwith (2) Des cas d'ulcus rodens uréthral ont été rapportés par Landau (3) Galabin (4), Baerensprung (5) etc.

Ajoutons enfin que des calculs vésicaux, enclavés dans le col ou dans un diverticule de l'urèthre, ont pu ulcérer progressivement les parois de ce canal jusqu'à perforation complète.

(b) Quant aux vices de conformation congénitaux les plus fréquents de la paroi uréthrale inférieure, appelés hypospadias féminins, nous n'en dirons que peu de mots. Cette anomalie est plus rare que chez l'homme. Mosengeil (6) en a rapporté un cas instructif. Chez une jeune fille de 8 ans, il existait sous le clitoris, assez bien développé, et muni d'un fort capuchon, au-dessus de l'ouverture hyménéale un demi canal, formé par la paroi uréthrale supérieure. En arrière et profondément, on voyait un orifice qui menait dans un conduit, long de un centimètre, représentant le col de la vessie. Le réservoir urinaire lui-même était pourvu de nombreux diverticules. Lebedeff (7) a décrit un cas semblable. Ce chirurgien a réussi par une série d'opérations plastiques et par l'application de l'électricité sur la cicatrice à rendre la vie supportable à la malade, qui pouvait dans toutes les positions retenir l'urine pendant plusieurs heures.

(1) Klin. Beitrag zur Gynækol. 1862. p. 32.

(2) Transact. Americ Instit 1879, XXXII p. 473.

(3) Arch f. Gynækol. 1880.

(4) Amer. Obstetr. J. 1877.

(5) Zeitsch. f. Chirurgie 1877.

(6) Arch. f. klin Chir. 1871. p. 721.

(7) Arch. f. Gynækol. 1880, p. 290.

II SYMPTOMES

Les causes nombreuses dont nous venons de donner un aperçu succinct expliquent les variétés cliniques également nombreuses, sous lesquelles peut se présenter la destruction de la paroi inférieure de l'urèthre. Il n'entre pas dans nos desseins de les exposer toutes ; nous croyons cependant qu'il est bon de présenter ici un tableau rapide des signes les plus communs et les plus généraux de cette affection.

Les symptômes physiques sont les plus importants et les seuls utiles pour un diagnostic précis. Après avoir placé la femme dans la position dorso-sacrée, si, au moyen du spéculum univalve de Sims, on abaisse le périnée et qu'en même temps on écarte les grandes et les petites lèvres, voici le plus souvent ce que l'on constate. Parfois le méat urinaire paraît intact et se continue avec un bout d'urèthre sain ; parfois il est remplacé par deux petits bourrelets, vestige de la muqueuse uréthrale. Ces bourrelets, symétriquement disposés, ont le volume d'une lentille. Au dessous se rencontre une gouttière qui va en s'étalant et en s'élargissant vers la vessie. Cette gouttière est formée par la paroi antéro-supérieure de l'urèthre et de chaque côté par une crête longitudinale plus ou moins accusée, d'aspect et de dimensions éminemment variables suivant les cas. Assez souvent elle est coupée par des brides cicatricielles qui lui donnent un aspect déchiqueté. Au fond du vagin, on aperçoit la vessie surmontée d'une saillie rougeâtre qui n'est autre que la muqueuse vésicale, tendant à faire exstrophie. La teinte rouge sombre tranche sur la couleur plus claire des tissus voisins. Le col vésical est tantôt intact ; tantôt il est le siège de lésions étendues, et

c'est là un point très important, ainsi que nous l'avons dit en commençant, qui nécessite la division des fistules uréthrales en deux classes, suivant qu'elles sont ou non accompagnées de la destruction partielle ou totale du sphincter vésical. Les parties environnantes sont parfois hyperémiées et friables, parfois indurées, calleuses, réellement formées d'un tissu inodulaire serré, dont l'existence mérite grande considération dans le choix et la direction du traitement. Il n'est pas rare de trouver le vagin tout entier sillonné de rubans cicatriciels; on l'a vu être le siège d'une sténose assez prononcée. Il va sans dire que l'on peut rencontrer une foule de fistules différentes. Nous n'insistons pas davantage, car nous nous proposons plus loin d'envisager plus complètement les destructions de la paroi uréthrale, au point de vue de leur forme, de leur siège, de leur étendue. — (voir page 35)

Symptômes fonctionnels. Les symptômes fonctionnels sont extrêmement variables et ceux que provoquent une fistulette punctiforme ne sont, on le comprend, nullement comparables à ceux qui accompagnent les pertes de substance très grandes, étendues à l'urèthre et au col vésical. Le plus important des accidents éprouvés par les malades est l'incontinence d'urine, écrivent la plupart des auteurs, qui ont surtout en vue la fistule vésico-vaginale type. Ceci n'est pas tout à fait exact. On peut dire que ce symptôme primordial est extrêmement variable. Dans les fistules urethro-cervico-vaginales, l'incontinence existe bien réellement, l'urine s'écoule par gouttes ou à flots; rien icide spécial à noter. Mais quand le col vésical est conservé avec sa musculature, l'incontinence cesse ou n'est que peu marquée. Le plus souvent, la malade retient parfaitement bien ses urines;

c'est l'émission seule qui s'accomplit d'une façon défectueuse. En effet, au moment de la contraction de la vessie, pour peu que la fistule ait des dimensions assez grandes, l'urine aura plus de tendance à s'écouler par celle-ci qu'à être expulsée par le méat. Dans ces conditions, le jet de l'urine se dirige en bas et en arrière et vient frapper la paroi vulvo-vaginale. Suivant le siège de la fistule, l'urine sera directement expulsée ou s'accumulera d'abord dans le vagin.

Pendant un certain temps, le vagin résiste assez bien à l'action irritante de cet écoulement ; mais la vulve et la partie supérieure des cuisses sont le siège d'érythèmes, d'éruptions de toute nature excessivement pénibles. Chez certaines femmes, écrit Jobert (1), « il se dépose des graviers d'acide urique qui donnent aux poils une couleur d'un blanc terne, comme cendrée ; on dirait qu'on a couvert les parois avec une substance amidonnée gris blanchâtre » Dans les fistules de l'urèthre postérieur, l'urine stagnant dans le vagin amène le développement de phénomènes phlemasiques sourds, qui conduisent aux rétrécissements de ce canal. Ajoutons qu'il n'est pas rare de trouver des concrétions calcaires dans la cavité du vagin et des incrustations sur la paroi et que ces fistules, tout comme les autres fistules urogénitales chez la femme, peuvent se compliquer d'aménorrhée, de métrosalpingite, de pyélo cystite, etc, etc. Lorsque cet état déplorable, qui affecte profondément le moral de la malheureuse atteinte de cette infirmité, dure depuis longtemps, la santé générale s'altère à son tour, et, si on n'intervient pas, la chlorose, l'hystérie et d'autres accidents nerveux viennent créer de véritables complications.

(1) Traité de chirurgie plastique. 1849. Tome II.

III. PRONOSTIC.

Les fistules uréthro-vaginales constituent, suivant le professeur Duplay (1), la variété la moins incommode et la plus facilement curable des fistules urinaires du vagin. Cela est vrai lorsqu'on compare la fistule uréthro-vaginale de dimensions petites à une fistule vésico-vaginale. En effet, dans ce cas, les premières sont moins profondément situées, généralement à 3 ou 4 centimètres de la vulve ; elles ne donnent pas lieu à un écoulement continu d'urine et leur traitement est rendu facile par le peu de profondeur de la lésion. Il faut dire aussi que, suivant Bouqué (2), elles tendent plus aisément vers la guérison spontanée ; même lorsque elles existent depuis plusieurs années, on réussit souvent (Fabrice de Hilden, Duparcque Zachmeister, Conrad,) à les oblitérer par une opération sans gravité, par une ou deux cautérisations par exemple. Néanmoins on peut dire que la guérison spontanée des fistules, même lorsqu'elles sont minimes, constitue l'exception.

Sous un tout autre jour se présente le pronostic, lorsque la destruction de l'uréthre est étendue, et à plus forte raison, lorsqu'elle est compliquée d'une destruction partielle ou totale du col vésical. Alors la sévérité du pronostic ne le cède en rien à la rigueur de celui des fistules vésico-vaginales. Non seulement la guérison, abandonnée aux seuls efforts de la nature, ne se produit jamais, mais encore le chirurgien éprouve les plus grandes difficultés à reconstituer le canal. Il était bon d'établir

(1) Pathologie externe. VII. p. 581

(2) Arch. de Gand. 1873 p. 76.

ces distinctions, car, dans les pages qui suivent, nous examinerons, non la thérapeutique des fistulettes uréthro-vaginales, mais celle de la destruction étendue et même totale de la paroi inférieure du canal uréthral.

IV. TRAITEMENT

Nous indiquerons plus loin quels traitements il convient d'employer dans les fistules récentes et dans les fistules anciennes, quels sont les soins préliminaires dont il faut parfois s'entourer et à quel moment il faut intervenir lorsqu'il s'agit de fistules obstétricales. Nous ne voulons ici qu'énumérer sans y insister les principaux procédés opératoires qui ont été mis en œuvre dans la cure de cette affection.

On peut avec Heydenreich (1) les classer en 6 groupes distincts.

1° *Opérations du premier groupe.* Elles ont pour objectif de restaurer la paroi de l'urèthre avec ses débris. On y réussit :

(a) soit par avivement et suture des bords de la déchirure (Schröder) (2).

(b) soit par remise en place du septum uréthro-vaginal, qu'un traumatisme a détaché. Dans ce cas, le pédicule du lambeau peut siéger au niveau du méat (Houzel et Pozzi) (3) ou au pourtour de l'orifice vésical (Freund) (4).

2° *Dans les opérations des deuxième, troisième et quatrième*

(1) Semaine Médicale 1891, p. 85.

(2) In. Th. de Schmarbeck. Berlin 1877.

(3) Gaz. Médic. de Paris 1888.

(4) In Rudeloff. Diss. Inaug. 1881. Strasbourg.

groupes, le chirurgien essaye de reconstituer l'urèthre par des lambeaux empruntés au vagin, à la cloison vésico-vaginale, aux petites lèvres. Ces procédés ne nous occuperont pas en ce moment, ils doivent faire l'objet du chapitre suivant.

2^o *Opérations du cinquième groupe*. Ici le chirurgien, renonçant à l'idée de reconstituer un urèthre, cherche à lutter d'une façon détournée contre l'incontinence d'urine (Heidenreich). Il s'efforce *sans sacrifier le vagin*, de fermer toute communication de ce conduit avec le réservoir urinaire, et de créer pour l'urine une nouvelle voie d'écoulement par l'établissement d'une fistule facile à obturer. Dans ce but on peut recourir aux procédés de Emmet, Baker-Brown, et à celui de Rutenberg.

(a) Emmet (1) et Baker-Brown (2) créent une fistule sous-pubienne, passant entre l'ancien urèthre et la symphyse du pubis. Baker-Brown enfonce, pour créer son nouveau canal, jusque « dans la vessie, un bistouri étroit ou un trocart, immédiatement au-dessous de la symphyse pubienne parallèlement à l'ancien canal, et au-dessus de la paroi supérieure de ce dernier, et y introduit une sonde que la malade portera toujours. Quand la perméabilité de ce nouveau conduit est assurée, il ferme la « fistule uréthro-vésico vaginale. »

(b) Rutenberg (3) conseille de remplacer le canal de l'urèthre par une fistule hypogastrique et de fermer l'orifice de communication entre la vessie et le vagin. L'opération de Rutenberg, pratiquée pour la première fois par Werth (4), ne semble pas avoir fait fortune.

(1) Traité des maladies des femmes.

(2) Transac. of the obstet. Soc London, v. p. 23.

(3) Wien Med. Wochensch. 1873 n^o 37.

(4) Arch. f. Gynækol. 1880. Tome xvi.

3° *Opérations du sixième groupe.* Dans ce groupe se rangent les opérations qui *sacrifient le vagin*. Jobert de Lamballe et Rose (1) ont conseillé l'occlusion du vagin après création d'une fistule recto-vaginale. Kidd (2) suture ensemble (colpocleisis) les parois du vagin, oblitère celui-ci sur toute son étendue, mais laisse subsister un canal long et étroit destiné à remplacer l'urèthre.

Telle est l'énumération rapide des procédés opératoires destinés à guérir ou à soulager les accidents qui résultent de la destruction de l'urèthre. Nous examinerons plus loin leur valeur, nous essaierons de poser leurs indications. Nous aurons plus spécialement en vue les procédés à lambeaux que nous allons maintenant décrire.

(1) Deutsche Zeitsch f. Chir. 1877, p. 422.

(2) Dubl. Journ. of. Medic Science, Avril 1873 et Brit Med. Jour. 1872, I p. 591.

CHAPITRE II

Exposé de la technique opératoire des procédés à lambeaux destinés à la cure de la destruction de l'urèthre.

Lorsque le chirurgien se propose de reconstituer l'urèthre par une opération autoplastique, il peut emprunter ses lambeaux aux petites lèvres, à la cloison vésico-vaginale, au vagin seul, enfin à la fois à la vulve et au vagin. De là 4 ordres de restauration.

1° Restauration avec un lambeau pris sur les petites lèvres.

2° Restauration avec un lambeau pris sur la cloison vésico-vaginale.

3° Restauration avec un lambeau vaginal.

4° Restauration par un lambeau vulvo-vaginal.

I. RESTAURATION DE L'URÉTHRE FÉMININ AVEC UN LAMBEAU PRIS SUR LES PETITES LÈVRES,

(1) *Procédé de Fritsch de Breslau* (1). L'auteur commence par aviver des deux côtés de la gouttière uréthrale un rectangle, puis excise d'une petite lèvre un large lambeau qui reste attaché au clitoris et le ramène transversalement sur la gouttière uréthrale avivée en lui faisant décrire un angle droit. Le lambeau est suturé dans cette position. Il reste entre le lambeau

(1) Gynækol Centralbl. 1879, III, p. 47 et 1887, p. 446.

et l'orifice vésical une fistule par laquelle l'urine s'écoule. Quand la réunion s'est faite et que les fils sont enlevés, on ferme cette fistule.

Fritsch dit avoir obtenu de bons résultats. Toutefois il ne donne pas les observations des malades qu'il a opérées et ne nous dit pas quelle était l'étendue de la fistule uréthro-vaginale. Il pense que dans quelques cas on pourrait emprunter des lambeaux aux deux petites lèvres.

2^e *Procédé de M. Polaillon* (1). M. Polaillon a imaginé pour guérir une jeune femme de 23 ans, atteinte d'incontinence incomplète d'urine par hypospadias congénital, un procédé qui lui a donné un plein succès. Sur cette malade, le méat urinaire n'existait plus et l'entrée du vagin était très étroite. Sur la paroi antérieure du vagin, on voyait un orifice qui n'était autre que le col de la vessie. L'orifice vésical était situé en arrière de l'anneau vulvaire qui possédait un constricteur très puissant. Il s'agissait d'une atrésie de l'extrémité inférieure du vagin avec absence du canal de l'urèthre. M. Polaillon fit l'opération suivante : Nous en empruntons la description textuelle à son auteur. « La malade étant endormie, je pratiquai sur la face interne de chacune des petites lèvres près de leur bord libre une incision partant un peu au dessous du gland du clitoris et venant gagner le niveau de l'orifice vésical. Les petites lèvres sont ensuite dédoublées par la dissection. Les feuillets internes, représentant deux volets, sont renversés en dedans et suturés l'un à l'autre avec des fils de catgut. Il en résulte un canal dont la paroi supérieure est formée par la muqueuse vestibulaire du vagin, et la paroi inférieure par le rapprochement des feuillets internes.

(1) Bull. Soc. Chir. juin 1890.

Au dessous du canal existe une surface cruentée qui se continue avec la face cruentée des feuillets externes des petites lèvres dédoublées. En accolant l'un à l'autre ces feuillets externes et en les suturant sur la ligne médiane avec des fils d'argent, je double et je renforce le nouveau canal urétral. » Trois semaines plus tard, dans une seconde séance, M. Polaillon suture les bords inférieurs du col de la vessie au bord inférieur de l'orifice postérieur du nouvel urèthre préalablement avivé. Il met une sonde à demeure. Au bout de 8 jours, la réunion était complète. Plusieurs mois après, les fonctions urinaires et génitales s'accomplissaient d'une façon parfaite. Les fibres du col de la vessie avaient recouvré assez de contractilité pour que la malade gardât très bien ses urines et les expulsât volontairement.

II. — RESTAURATION PAR LAMBEAU TAILLÉ DANS LA CLOISON VÉSICO-VAGINALE.

1^o *Procédé de Freund*. Freund commence par abaisser fortement le col utérin et attire ainsi du même coup la portion vaginale de la cloison vésico-vaginale. Celle-ci se présente alors sous forme d'un tubercule charnu qu'on incise des deux côtés, de manière à en faire un lambeau qu'on fixe aux côtés avivés de la gouttière urétrale. Freund a obtenu par ce procédé un succès sur une femme jeune, qui fut prise d'incontinence aussitôt après un accouchement. On constatait derrière le clitoris deux petits plis de muqueuse, et, à deux ou trois centimètres derrière ceux-ci, un orifice ressemblant à l'orifice du col vésical. De la paroi inférieure de l'urèthre, il ne restait qu'un tubercule d'une longueur de un demi centimètre, entouré par une cicatrice

lisse. La maladie étant en position genu-pectorale, le museau de tanche fortement attiré, Freund saisit avec une pince la saillie faite au dessus de l'orifice vésical par la muqueuse et la paroi supérieure du vagin et l'attira suffisamment pour qu'elle pût servir à reconstituer la paroi postérieure de l'urèthre. Les bords de la paroi antérieure de l'urèthre furent avivés. Les surfaces avivées partaient des deux côtés de ce qui fut le méat urinaire et allaient en divergeant en haut et en dedans jusqu'aux bords de l'ouverture vésicale. Puis on aviva par des incisions latérales les bords du lambeau obtenu en attirant la paroi antérieure du vagin et on sutura avec des fils d'argent ces bords avec les surfaces avivées de la gouttière-urétrale. Bien qu'il fallût faire quelques opérations complémentaires, le résultat fut satisfaisant; l'urine pouvait être retenue dans n'importe quelle position.

2° *Procédé de Heydenreich.* Heydenreich a mis en usage un ingénieux procédé sur une femme dont l'intéressante observation est communiquée in extenso dans la thèse de Frœlich. Nous le donnerons ici d'après le résumé qu'en a présenté M. Heydenreich lui-même dans la Semaine médicale (1891, p.85).

Au mois d'avril 1889 se présentait, dans mon service, une jeune femme, âgée de vingt et un ans, qui offrait une rupture complète de l'urèthre avec déchirure notable du bas-fond de la vessie. Cette lésion était le résultat de l'extraction d'un calcul vésical, qu'un médecin avait faite par le canal de l'urèthre un an auparavant. Le calcul mesurait 4 centimètres $1/2$ de diamètre; il s'était développé autour d'une épingle à cheveux, que la malade avait introduite dans son urèthre et qui s'était perdue dans la vessie; les deux branches de l'épingle dépassaient le calcul, par leur pointe, d'environ 2 centimètre $1/2$.

La malade avait une incontinence d'urine complète. La déchirure avait divisé dans toute sa longueur la paroi postérieure de l'urèthre et s'é-

tait étendue au col et au bas-fond de la vessie, au point que l'on pouvait introduire facilement deux doigts dans la vessie.

J'essayai d'abord de suturer, après avivement, les lèvres de la déchirure et de reconstituer ainsi, à la fois le bas-fond de la vessie et le canal de l'urèthre. Mais trois opérations successives, entreprises suivant ce procédé, ne donnèrent d'autre résultat que celui de rétrécir l'ouverture par laquelle on pénétrait dans la vessie. Cette ouverture ne laissait plus passer qu'un doigt; elle siégeait au niveau du col de la vessie. La malade conservait un peu ses urines quand elle était couchée; dans la station debout, l'incontinence était complète. Cette femme quitta l'hôpital en juillet 1889, munie d'un urinal, qui ne lui rendit pas grand service.

Cependant, je me décidai à faire de nouvelles tentatives, et je fis revenir la malade à l'hôpital au mois d'avril 1890. Mon intention était d'opérer en deux temps; dans un premier temps, je comptais rétablir l'urèthre; dans un second temps, je me proposais de fermer l'orifice qui séparerait le nouvel urèthre de la vessie.

J'entrepris la première partie de cette opération le 5 mai, avec le secours de l'anesthésie chloroformique, à laquelle j'avais eu recours déjà dans les opérations antérieures. J'avivai les bords de la gouttière uréthrale, faisant enlèver l'avivement sur la paroi vaginale. J'éprouvai une certaine difficulté à mettre au contact les deux surfaces saignantes; j'avais placé quatre fils d'argent; je ne pus serrer que les trois fils inférieurs, le contact des surfaces saignantes étant impossible à obtenir au niveau du quatrième fil. D'autre part, l'opération eut pour résultat un rétrécissement notable du vagin; il est à noter que cette femme n'avait jamais eu d'enfant. La réunion se fit bien; mais, par suite des difficultés que je viens d'exposer, l'urèthre ainsi reconstitué n'eut guère plus d'un centimètre et demi de longueur.

La seconde partie de l'opération fût entreprise le 9 juin. Je plaçai la malade dans la position genu-pectorale, et je ne lui fis pas donner de chloroforme, me contentant de cocaïniser les parties. Il était impossible de songer à rapprocher les bords latéraux de l'ouverture qui subsistait entre l'urèthre et la vessie. Mais en attirant en bas la cloison vésico-vaginale, on pouvait tenter de suturer le bord supérieur et le bord inférieur de l'ouverture. C'est ce que j'essayai, en ayant soin, toutefois, de

laisser persister un orifice à la partie médiane de la ligne de suture, au niveau du tronçon d'urèthre ; je craignais de compromettre l'existence de cet urèthre à paroi mince, en le traversant par des fils. Cette opération échoua complètement ; la vessie était fortement attirée en haut, et cette traction fit lâcher les sutures.

Je repris la même opération le 9 juillet, avec le secours du chloroforme et en plaçant la malade dans la position dorso-sacrée. Je modifiai le manuel opératoire. Saisissant avec une pince et attirant en bas la cloison vésico-vaginale, j'incisai de bas en haut cette cloison à chacune des extrémités du diamètre transversal de l'orifice vésicale. J'obtins ainsi un lambeau vésico-vaginal s'élargissant à sa base. J'attirai ce lambeau jusqu'au niveau de l'urèthre de nouvelle formation, et, après avoir fait les avivements nécessaires, je saturai le lambeau avec la paroi vaginale antérieure, à droite et à gauche de l'urèthre, laissant ouverte une fistule au niveau de l'urèthre ; trois fils d'argent furent appliqués de chaque côté. Un fil supplémentaire, de sûreté, fut passé dans la partie médiane du lambeau vésico-vaginal et fixé à la cuisse droite ; il avait pour rôle de lutter contre le retrait du lambeau.

Cette opération réussit partiellement. La suture tint bon du côté droit ; elle lâcha presque complètement du côté gauche. Mais le lambeau restait fixé dans sa situation nouvelle, et le succès semblait assuré dans l'avenir.

Le 19 novembre, je suturai, avec succès, le côté gauche du lambeau vésico-vaginal avec la partie correspondante de la paroi vaginale antérieure.

Il ne restait plus à fermer que l'orifice fistuleux, que j'avais laissé persister intentionnellement entre la partie médiane du lambeau et le tronçon d'urèthre, de façon à éviter tout tiraillement sur cet urèthre à paroi mince. Je fermai cette orifice le 10 décembre. Une sonde Nélaton n° 12 fut maintenue à demeure pendant les premiers jours qui suivirent l'opération.

Au point de vue plastique, le succès était complet. Mais, l'incontinence d'urine persistant, je me décidai à allonger l'urèthre en avant. A droite et à gauche de la ligne médiane, je pratiquai sur les petites lèvres un avivement longitudinal, puis je suturai les surfaces avivées, de manière à prolonger l'urèthre depuis le méat jusqu'à un point situé à moins d'un

centimètre du gland du clitoris. Une sonde Nélaton n° 14 fut placée à demeure dans la vessie.

Cette opération, qui eut lieu le 12 janvier 1891, laissa subsister, vers le milieu du nouvel urèthre, une petite fistule, dont je ne pus triompher que par deux opérations successives pratiquées le 9 et le 27 février.

Actuellement, cette femme garde parfaitement ses urines pendant trois à quatre heures, quand elle est couchée ; au bout de ce temps, elle sent le besoin d'uriner et urine avec un jet parfaitement net. Elle conserve bien ses urines également lorsqu'elle est assise. Elle les perd sitôt qu'elle se tient debout. Mais grâce à la longueur de l'urèthre qui est d'environ six centimètres, grâce à sa forme en fer à cheval embrassant par sa concavité le bord inférieur du pubis, il est facile d'éviter l'incontinence d'urine en appliquant l'urèthre contre le pubis à l'aide d'un appareil spécial, le *compresseur de Trelat*. Cet appareil consiste dans une ceinture rembourrée, portant à sa partie antérieure et médiane une pelote ; sur la pelote se fixe un ressort, qui décrit une courbe à concavité postérieure et se termine par une petite pelote en ivoire destinée à comprimer l'urèthre ; un mécanisme spécial permet de faire cesser la compression au moment de la miction.

III. RESTAURATION PAR DES LAMBEAUX PRIS SUR LE VAGIN.

Dans cette méthode qui comprend trois procédés principaux, on se propose de refaire l'urèthre en circonscrivant des deux côtés de la gouttière uréthrale deux lambeaux de muqueuse vaginale qu'on suture par leurs bords libres ramenés au dessous d'une sonde. Puis, dans une séance ultérieure ou dans la même séance, on réunit le canal nouveau au col de la vessie.

1^o *Procédé de Lawson Tait*. Sur une primipare de 27 ans dont l'accouchement avait du être terminé au forceps, Lawson Tait trouva au bout de 15 ans une absence de tout le canal de l'urèthre dont il ne restait que le méat de même qu'une absence to-

tales du col vésical. Le chirurgien disséqua des deux côtés de la gouttière uréthrale deux lambeaux qui devaient former la paroi inférieure du nouveau canal. Il réussit à la seconde tentative. Pour fermer l'orifice inter-uréthro-vésical, il disséqua des deux côtés de celui-ci deux lambeaux cunéiformes épais, adhérents par leur base aux parois latérales et inférieures du vagin, mais libres à leur sommet qui effleurait les bords de la fistule. Il réunit par dessus la fistule les sommets de ces lambeaux. Il persista une fistulette qui fut réparée en répétant le précédent procédé deux mois après la première opération.

La malade qui depuis 15 ans était incontinente put rapidement conserver et évacuer à volonté une petite quantité d'urine. Enfin 8 mois après la première intervention, il paraît qu'elle se trouvait aussi à l'aise qu'avant son accident.

2^o *Procédé d' Emmet* ⁽¹⁾ Dans un cas, qu'il rapporte dans son ouvrage, Emmet a restauré un urèthre absent de la façon suivante. Il fit d'abord une fistule vésico-vaginale préliminaire pour permettre à l'urine de s'écouler pendant le temps nécessaire pour refaire l'urèthre. Il y inséra un œillet en verre, afin de la maintenir ouverte. Un mois après, il enleva de chaque côté de la gouttière uréthrale un lambeau de muqueuse ayant environ un centimètre de large et s'étendant du col vésical au pubis. Les surfaces cruentées réunies au moyen de sutures interrompues. Il persista une fistule minime qui fut fermée après plusieurs tentatives. Bien que, dans cette observation assez obscure et peu consciencieuse, tout permette de croire que la fistule était purement uréthro-vaginale, Emmet écrit cependant que l'incon-

(1) *Traité des maladies des femmes.*

tinence avait totalement disparu et que la malade allait aussi bien qu'elle pouvait le désirer.

3^e *Procédé de Lücke*. Lücke, dont le procédé est relaté par Seeligmann (4) et par Frœlich, décolle des deux côtés de la gouttière uréthrale la muqueuse vaginale d'avec sa base, la mine pour ainsi dire, puis quand cette muqueuse a acquis des deux côtés une certaine mobilité, on l'attire sous la gouttière, on l'avive et on la suture avec celle du côté opposé. Le procédé de Lücke présente, suivant Frœlich, l'inconvénient de rétrécir notablement le vagin.

(4) Diss Inaug Strasbourg 1884, p. 25.

IV. RESTAURATION A L'AIDE DE LAMBEAUX VULVO-VAGINAUX.

Le procédé mis en usage par M. Péan diffère de la plupart de ceux que nous venons de mentionner par cette particularité qu'il reforme la paroi urétrale à l'aide d'un double, plan de tissus : et qu'il pratique la restauration tout entière en une seule séance.

Les figures ci-jointes qu'il a bien voulu nous autoriser à

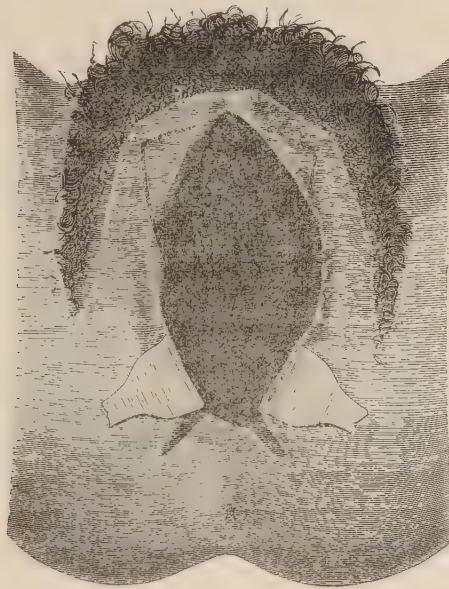


Fig. 1.

publier feront mieux que toute description comprendre en quoi consiste ce procédé, qui, nous l'établirons, mérite d'être préféré à la plupart de ceux que nous venons de mentionner.

Voici quelle est la manière d'opérer suivie par M. Péan.

1^o Dans un *premier temps*, M. Péan fait de chaque côté une incision verticale, à 4 centimètres en dehors de la ligne médiane, en commençant à la hauteur d'une ligne, qui passerait transversalement à hauteur du clitoris et en descendant dans le vagin jusque sur le bas-fond de la vessie à un centimètre plus bas



Fig. 2.

que l'orifice par lequel cet organe laisse passer l'urine. Ces incisions intéressent les téguments et le tissu cellulaire sous-jacent jusqu'à une profondeur de 2 à 4 millimètres. Dès qu'elles sont tracées, on dissèque de chaque côté ces lambeaux par la face profonde, jusqu'à ce que leurs bords opposés puissent s'adosser l'un à

l'autre sur la ligne médiane. Au-dessous de l'orifice urinaire de la vessie, on excise transversalement ses tuniques et la muqueuse vaginale sur une hauteur d'un demi-centimètre; et, immédiatement au-dessous de cet orifice, on fait une incision verticale perpendiculaire à l'autre. On suture ensuite l'un à l'autre, sur la ligne médiane, les bords libres des lambeaux, au moyen



Fig. 3.

de fils de catgut à anses séparées, très rapprochées qui servent à réunir les bords affrontés depuis le clitoris jusqu'à la vessie. On met dans le nouveau canal une sonde en caoutchouc, qu'on a soin de fixer à la peau près du clitoris par un point de suture en crin de Florence, afin de l'empêcher de sortir.

2^e *temps*. Le deuxième temps de l'opération consiste à disséquer par la méthode française, de chaque côté de la perte de substance, un lambeau assez grand pour recouvrir à la fois la face saignante des lambeaux précédents et la perte de substance qu'ils ont laissée.

Dans ce but on dissèque largement de dedans en dehors les téguments du vagin et de la vulve jusqu'à ce qu'il soit possible au moyen du glissement d'adosser et de suturer l'un à l'autre leurs bords internes. Grâce à la laxité des tissus de cette région, ce deuxième temps est facilement exécuté. On suture l'un à l'autre ces lambeaux, un peu en dehors de la ligne médiane, pour que les sutures verticales des lambeaux superficiels et des lambeaux profonds ne se correspondent pas, et pour que leur réunion par première intention en soit facilitée.

On termine l'opération en suturant l'un à l'autre les bords antérieurs des lambeaux qui entourent le méat du nouvel urèthre. De la sorte, toutes les surfaces saignantes sont masquées et il ne reste plus à l'extérieur que des surfaces tégumentaires.

(Les trois figures ci-dessus ont été dessinées d'après nature sur la malade qui fait l'objet de notre première observation).

CHAPITRE III

Indications et valeur des procédés appliqués à la restauration de l'urèthre chez la femme, (spécialement des procédés autoplastiques).

Nous allons essayer à présent de résoudre la question suivante : étant donnée une destruction de l'urèthre, quel est le meilleur procédé opératoire qu'on puisse employer ? Il est évident à priori que toutes les fistules ne répondent pas à une seule indication, à un seul des moyens thérapeutiques que nous avons exposés. Chacun de ces moyens paraît dans un certain nombre de cas devoir être appelé à rendre des services à l'exclusion des autres et, comme l'indique Bouqué, ils méritent tous d'être étudiés à un égal degré.

Essayons toutefois d'approfondir la question, et pour cela, il est indispensable d'envisager les pertes de substance de la paroi uréthro-cervico-vésicale inférieure au point de vue de leur siège, de leur forme, de l'état des bords qui les limitent et des lésions qui les accompagnent,

I. Caractères anatomiques :

Lors qu'on parcourt les observations publiées sur notre sujet, on voit qu'on peut distinguer trois ordres de lésions.

- 1° Les petites fistules uréthro-vaginales.
- 2° Les fistules moyennes ; qu'elles soient nuréthro vaginales pures ou uréthro-cervico-vaginales.
- 3° Les grandes fistules que nous appellerons les destructions

totales du canal de l'urèthre, accompagnées ou non de la destruction du col vésical. Cette distinction s'impose à notre avis. Elle répond jusqu'à un certain point à des causes différentes, elle commande en outre des procédés opératoires différents.

Les petites fistules uréthro-vaginales siègent habituellement sur la partie moyenne de la paroi inférieure de l'urèthre, épargnant le méat urinaire et l'orifice du col vésical. Elles sont arrondies, admettent suivant les cas une épingle ou un crayon ; ce sont plutôt des orifices que des trajets fistuleux.

Les moyennes fistules offrent des variétés infinies ; tantôt elles représentent de véritables fentes, transversales ou antéro-postérieures, tantôt elles sont arrondies, ovalaires, analogues aux fistules vésico-vaginales, et, comme celles-ci, paraissent un peu plus fréquentes à gauche (Freund). Les déchirures peuvent être disposées aussi de façon à ce que le lambeau détaché représente un petit volet qui, resté adhérent en avant ou en arrière, forme dans le vagin un petit bourrelet. Toutes ces fistules peuvent être uniques, ce qui est la règle. Néanmoins la multiplicité a été notée par quelques auteurs. Le professeur Verneuil (1) rapporte un cas de fistule uréthrale pure coexistant avec une fistule cervico-vaginale. D'après Winckel et Schmarbeck, les perforations multiples siégeant sur les côtés de la ligne médiane, plutôt que sur cette ligne médiane elle-même ne seraient pas rares, lorsqu'elles sont consécutives à des ulcérations syphilitiques.

Quant aux *grandes fistules*, elles se comprennent d'elles-mêmes. Tantôt, comme dans nos observations II et III, l'urèthre n'existe plus en tant que canal, il est fendu longitudinalement depuis le

(1) Loco. citato, page 933.

méat jusqu'au col vésical, tantôt il existe une véritable destruction et la gouttière uréthrale supérieure elle-même a disparu.

Ces destructions de l'urèthre, de même que les fistules que nous avons nommées moyennes, sont quelquefois congénitales et parfois consécutives à un épithélioma vulvo-vaginal, mais le plus souvent, c'est à la suite des accouchements qu'on les observe. Il en était ainsi dans nos trois observations.

Quant aux fistulettes, elles surviennent ordinairement à la suite des traumatismes ordinaires, tels que section faite avec bistouri, crochet, perforations par épingles à cheveux, par calcul vésical, etc., etc.

Toutefois, il faut noter que la grandeur des fistules n'est pas seulement en rapport avec la cause qui les détermine, mais aussi avec le temps qui s'est écoulé depuis leur production. Plus elles sont récentes et plus elles sont larges. Quand elles vieillissent, elles tendent à devenir plus étroites, et cela, grâce d'une part aux constrictions cicatricielles qui se font autour de la fistule elle-même, d'autre part, aux rétrécissements du vagin, qui dans quelques cas, ont pu amener des atrésies totales de cet organe.

L'étude *des bords* de la fistule n'est pas moins importante que celle du siège et de la forme. Cet aspect dépend surtout de la cause première de la lésion. Dans les fistules traumatiques non puerpérales, on comprend sans peine que les bords soient généralement nets, bien délimités, et nous n'avons pas besoin d'insister davantage ; la fistule, en un mot, présente l'aspect d'une plaie vulgaire, faite avec un instrument tranchant ou piquant. Les pertes de substances cancéreuses ont un aspect fongueux, sanguinolent bien connu. Nous n'insistons pas davantage, car celles-ci sont ordinairement au-dessus des ressources de l'art,

et celles-là guérissent le plus souvent par une simple suture.

Il n'en est plus de même des fistules obstétricales, de celles notamment qui sont les plus fréquentes, et qui se produisent comme nous l'avons dit, par attrition de la paroi uréthro-vaginale.

Il se passe ici ce qu'on connaît très bien pour les fistules vésico-vaginales. Les bords de la perte de la substance sont d'abord inégaux, infiltrés, formant de gros bourrelets, hérissés çà et là de lambeaux sphacelés. Ces bourrelets saignent au toucher avec la plus extrême facilité et sont, lorsqu'on les presse, le siège d'une vive douleur. On note parfois sur eux des ulcérations punctiformes. Ces bourrelets ne paraissent pas constitués par l'épaisseur de la perte de substance, mais surtout par des bourgeons charnus émanés de la muqueuse uréthro-vésicale. Comme l'a très bien dit Bouqué : les bourgeons charnus sont parfois tellement volumineux, qu'ils arrivent au contact en faisant pont au-dessus de la trouée anormale. »

Mais peu à peu la sécrétion dont les bourgeons charnus sont le siège diminue et se tarit, les parties mortifiées tombent, les bords de la fistule deviennent durs, s'épaississent et parfois ont véritablement un aspect calleux. Cet épaississement toutefois n'est pas constant ; plus souvent peut-être les bords sont amincis et cette dernière disposition paraît dépendre surtout de la co-existence d'accidents qui jouent un rôle capital dans la détermination opératoire que doit prendre le chirurgien.

Nous voulons parler des adhérences qui immobilisent la fistule elle-même et les tissus péri-fistulaires. On sait en effet que cette rétraction dont nous venons de parler se manifeste fréquemment sous forme de brides cicatricielles extrêmement adhérentes, telles qu'elles s'opposent à toute mobilisation ; notre observa-

tion II en est un exemple, Non seulement ces brides attirent la fistule excentriquement et contribuent à l'élargir et à l'amincir, mais encore elles pénètrent très profondément dans l'épaisseur des tissus. Enfin, dans les cas extrêmes, qui ne sont pas rares même dans les fistules moyennes, et qui sont la règle dans les destructions totales de l'urèthre, ces brides très épaisses vont directement s'ensérer sur l'une ou les deux branches ischio-pubiennes.

Signalons enfin l'importance qu'il y a au point de vue du diagnostic opératoire de reconnaître les *modifications des organes voisins* tant urinaires que génitaux. Lorsque les fistules sont étendues et qu'elles occupent à la fois l'urèthre et le col vésical, l'incontinence d'urine détermine très souvent une diminution de volume de la vessie dont la paroi antérieure fait quelquefois hernie entre les lèvres de l'ouverture fistuleuse ; le réservoir urinaire est souvent aussi le siège d'une inflammation catarrhale et de végétations polypiformes. Lorsque la région du méat est restée intacte, l'urine ne le traversant plus, il tend peu à peu à s'oblitérer, et, dans quelques observations dues à Saucerotte, Freund, Simon, Hoffmann, il est noté que le méat fut très difficile à trouver. Cependant les oblitérations parfaites du méat paraissent aussi rares que celles de l'urèthre antérieur chez l'homme à la suite de rétrécissements non congénitaux compliqués de fistules périnéales.

II. — *Indications des procédés opératoires.*

De ce que nous venons de dire, il résulte que les différentes variétés de fistules uréthrales ne sont nullement comparables entre elles au point de vue de leurs caractères anatomiques. On

devine dès lors qu'elles ne soient pas justiciables du même traitement.

Examinons les principaux cas qu'on peut cliniquement rencontrer.

1° *Dans les fistules très petites*, la cautérisation et la suture directe amèneront le plus souvent une guérison rapide.

La cautérisation (thermocautère, galvanocautère, caustiques chimiques) trouve rarement son emploi dans les fistules d'origine obstétricale. Lorsque cependant l'occasion s'en présente, faut-il temporiser ou agir immédiatement ? Nélaton, Trélat, M. Verneuil, conseillaient d'attendre six mois à un an et s'appuyaient, pour faire prévaloir cette opinion sur les rétractions consécutives et sur la guérison spontanée bien constatée dans quelques cas. Baker, Sims, Nottingham, dont l'avis est plus généralement accepté, opèrent aussitôt que possible.

On surveillera avec soin les effets de la cautérisation qui sera répétée plusieurs fois s'il est nécessaire. Le plus généralement elle mène au but dans les cas qui nous occupent actuellement. Mais peut-elle quelque chose contre les grandes fistules ? Deroubaix et Bouqué pensaient que, grâce au développement des bourgeons charnus, elle était capable de rétrécir ces dernières. Les observations plus récentes s'inscrivent en faux contre de semblables assertions. En effet les cautérisations arrivent parfois à transformer les bords de la fistule qui étaient épais, vivaces, «succulents», (Winckel) en un tissu de cicatrice, dense, peu vasculaire et elles ont alors un fâcheux effet.

Hegar écrit que par les cautérisations, qui ne peuvent guérir les fistules larges, on compromet les chances des opérations ultérieures.

2° *Dans les fistules un peu plus étendues*, mais de date ré-

cente, et lorsqu'elles sont *d'origine traumatique*, on se comportera comme pour une plaie et on pratiquera sans retard la suture et la restauration directe. Pour que celle-ci puisse réussir, il importe que la muqueuse vaginale glisse sur les plans sous-jacents, qu'il reste de l'urèthre une étoffe suffisante pour être utilisable dans la réfection du nouveau canal. Il faut en un mot que les parties voisines n'exercent aucune traction sur la ligne de suture.

De semblables conditions sont réalisées lorsque les bords de la perte de substance sont élevés, constitués par un tissu de granulations mollasses et bien vivantes, lorsque les tissus voisins ont conservé toute leur souplesse ; alors on pourra en effet ramener aisément l'urèthre au contact du col de la vessie.

On voit donc que jusqu'à présent il n'est pas question de procédés anaplastiques et que des moyens très simples conduisent à l'occlusion des fistules. Mais les conditions précédentes indispensables à la réussite se rencontrent bien rarement.

3° *Fistules uréthro-vaginales compliquées d'adhérences*. En effet la plupart des fistules, nous l'avons répété à maintes reprises, surviennent à la suite des accouchements laborieux. Ce n'est plus une simple plaie à laquelle nous avons affaire. Nous sommes en présence d'une perte de substance consécutive à une inflammation gangréneuse de la cloison uréthro-vaginale, et cette mortification s'accompagne fatalement de la production d'un tissu inodulaire. Lorsque cette rétraction cicatricielle est peu étendue, que les bords de la gouttière uréthrale sont encore suffisamment marqués, c'est aux procédés à lambeau vaginal qu'on peut donner la préférence. Celui de M. Polaillon trouve également son indication, à condition que les petites lèvres soient bien développées et que l'orifice vésical soit voisin de l'angle

sous-pubien. C'est encore à ces procédés qu'on aura recours dans la grande majorité des cas d'hypospadias congénital.

A ces procédés comme à ceux dont il nous reste à poser les indications, s'appliquent quelques considérations qu'il est bon de signaler de suite et qui sont relatives, d'une part à l'état général, d'autre part à l'état local. On sait en effet combien un mauvais état général est défavorable à la réussite de toutes les opérations plastiques. Il faut autant que possible opérer en dehors de la menstruation, de la grossesse, de la période puerpérale et de l'allaitement. Lorsque la femme est atteinte de syphilis, on devra au préalable combattre cette affection par les moyens appropriés.

Lorsqu'il existe des érythèmes, des excoriations, de la cystite etc, les lotions, les injections, les bains, etc, etc, doivent être employés pour combattre ces accidents. Enfin si le canal vulvo-vaginal est sténosé, les tampons de caoutchouc, les sections vulvaires, les dilateurs de Bozeman doivent être employés et employés pendant longtemps pour rendre au vagin une partie de la souplesse qu'il a perdue.

4° Fistules uréthro-cervico-vaginales.

Lorsque le col de la vessie est intéressé en même temps que l'urèthre, que la perte de substance n'est pas trop étendue, que la cloison vésico-vaginale est encore assez épaisse, on pourra se servir du procédé indiqué par M. le professeur Heydenreich. Nous rappellerons ici que son procédé est plutôt, comme il l'appelle, une méthode combinée. Car ce chirurgien dut faire deux opérations complémentaires consistant l'une dans la réfection de l'urèthre par la suture simple, l'autre dans l'allongement de l'urèthre en avant au dépens des petites lèvres. Toutefois il nous semble que pour ces cas le procédé de M. Péan est supérieur et cela pour des motifs que nous allons indiquer.

4° Destruction très étendue ou totale du col de la vessie et de l'urèthre.

Dans ces cas, écrit Frœlich (Thèse citée page 113) : « la gouttière a disparu, ou bien elle est coupée de grosses travées cicatricielles, réunies elles-mêmes en un parquetage rigide par des brides plus minces ; la cloison vésico-vaginale est fortement entamée ; ce qui en reste est cicatriciel, inextensible et adhérent à la symphyse et aux branches descendantes du pubis. Quand le vagin s'offre sous cet aspect, quand il est rétréci, toute tentative de restauration directe sera vaine. Le chirurgien doit dans de telles circonstances savoir prendre une décision énergique et ne pas perdre un temps précieux en atermoiements ; l'opération de Baker ou de Rutenberg s'imposent. Ce sont les seuls procédés qui parviendront à débarrasser rapidement la malade de son infirmité. »

Nous ne saurions souscrire à une semblable assertion. Sans doute, il est des cas tout à fait extrêmes dans lesquels le vagin est encrouté de cartilages et de sels calcaires, et dans lesquels on ne pourra plus songer à restaurer le canal uréthral. Mais ces cas doivent être certainement très rares. Les résultats obtenus par Lawson Tait, Pawlik et par M. Péan montrent qu'actuellement, avec de la patience de la part du chirurgien et de la malade, on peut arriver même à reconstituer un urèthre totalement détruit. Il faut que l'opérateur s'ingénie à tirer le meilleur parti des tissus sur lesquels il porte son action. En tous cas nous ne saurions recommander l'opération de Rutenberg qui n'a été essayée qu'une seule fois et a donné une mort. Nous ne nous résoudrions que bien difficilement à faire la fistule sous pubienne de Baker Brown, en effet ainsi que l'a dit le professeur Verneuil :

1° « La création d'une voie artificielle dans la région sous-pubienne n'est pas sans danger, car il faut dilacérer le tissu cellulaire au devant du col de la vessie, tout proche du péritoine en haut et dans un point où se trouvent des veines assez volumineuses.

2° Il faut y maintenir pendant longtemps un corps étranger pour en faire un canal permanent.

Tout porte à croire qu'au bout d'un certain temps la rétraction inodulaire rétrécit, puis efface ces voies artificielles. La production sur leurs parois internes d'une membrane de nouvelle formation, fonctionnant comme une muqueuse, m'a toujours paru et me paraît encore illusoire. »

Les observations qui suivent montrent en effet qu'on peut arriver à de très beaux résultats dans la cure de la destruction totale de l'urèthre par le procédé de M. Péan.

Lorsque les lambeaux qu'il taille on été suturés au niveau de la partie libre de leur pourtour, les parties postéro-latérales de l'urèthre se trouvent reconstituées dans les conditions les plus avantageuses, puisque ces lambeaux se trouvent suffisamment nourris par leur partie antérieure qui correspond à la partie antérieure du nouvel urèthre resté intact et puisque c'est leur couche muqueuse elle-même sur laquelle passera désormais l'urine à travers le nouvel urèthre. Cependant, comme il importe de ne rien négliger pour assurer la vitalité de ces lambeaux et la réunion par première intention, on profite de la laxité des tissus vulvaires qui les entourent pour attirer ces derniers au dessous d'eux, ce qui est facile, grâce à une légère dissection, et pour les réunir à leur tour sur la ligne médiane. L'attraction par glissement de ces lambeaux est facile et est disposée de façon à ne gêner en rien l'ouverture du vagin et à ce que leurs

surfaces saignantes soient adossées à la surface cruentée du nouvel urèthre, tandis que la peau reste naturellement à l'extérieur. De ce fait, l'épaisseur des couches qui entrent dans la constitution du nouvel urèthre se trouve doublée, vivace et en tout point semblable à la composition de la région uréthro-vulvo-vaginale.

L'orifice de ce nouvel urèthre a les dimensions voulues ; il est lui-même entouré d'un bourrelet muqueux en raison de la précaution que l'on prend d'adosser les muqueuses à elles-mêmes et de les maintenir dans cette position par quelques points de suture.

Tel est le résultat opératoire. Au point de vue fonctionnel, il faut noter qu'il s'accompagne comme les autres procédés auto-plastiques d'un rétrécissement presque constant du vagin auquel il faut parer par des dilatations ultérieures. Quant à l'incontinence d'urine, nos observations démontrent qu'on peut la combattre efficacement. Se produit-il réellement à la longue une reconstitution du sphincter vésical? C'est là une question qui n'est pas encore résolue. Il est certain cependant que beaucoup d'opérées sont guéries de leur incontinence et ne conservent que la fréquence des mictions. (1) Ce dernier inconvénient peut lui-même disparaître à la longue et l'appareil sphinctérien, quelle que soit d'ailleurs sa structure (encore mal élucidée), recouvre toute sa tonicité. Ces améliorations sont toutefois lentes à s'accomplir, mais elles existent d'une façon incontestable. Notre deuxième observation vient à l'appui de ce que nous

(1) Quand aux théories invoquées pour expliquer ces phénomènes, nous nous contenterons de renvoyer à la thèse de Frœlich, de même que pour l'opération

avançons : ayant eu la bonne fortune de retrouver la malade qui en est l'objet, trois ans après l'opération, nous avons eu la satisfaction d'apprendre qu'elle était actuellement débarrassée de tout accident (page 51).

que Pawlik recommande lorsqu'il persiste de l'incontinence d'urine. Disons seulement que le chirurgien de Prague excise, en forme de fer à cheval, le tissu voisin de l'urèthre ; le méat est situé dans la concavité du fer à cheval, la branche transversale du fer à cheval se trouve entre le clitoris et le méat. Cette excision terminée, Pawlik suture les bords de la plaie qu'il a faite. Les sutures placées sur les branches latérales du fer à cheval tendent transversalement le canal, tandis que les fils appliqués sur la branche transversale ont pour effet d'attirer le canal en haut et de l'allonger. Par suite de cette opération, les parois de l'urèthre se trouvent étroitement appliquées l'une contre l'autre et cette tension s'oppose à l'écoulement de l'urine. Pawlik dit avoir retiré d'excellents effets de son opération. Il ajoute qu'on peut, à la rigueur, se contenter de promener le thermocautère, le long des bords de l'urèthre, créant ainsi deux plaies dont la cicatrisation exercera des tractions sur les bords du canal. (Heydenreich)

CHAPITRE IV.

OBSERVATION I (Inédite).

DESTRUCTION TOTALE DE L'URÈTHRE ET DU COL VÉSICAL. — TRAITEMENT PAR LE PROCÉDÉ A LAMBEAUX VULVO-VAGINAUX. — INCONTINENCE D'URINE GUÉRIE. PERSISTANCE DE LA FRÉQUENCE DES MICTIONS.

La nommée B, âgée de 30 ans, entra en novembre 1886, salle Denonvilliers, n° 65, hôpital St Louis.

Antécédents : Rien de particulier à noter au point de vue de l'hérédité. Personnellement n'a jamais eu de graves maladies.

Début : Il y a deux mois à la suite d'un accouchement où on dut appliquer le forceps, la malade commença à perdre continuellement ses urines. Nous n'avons pas pu obtenir de renseignement plus précis.

Etat actuel. A l'examen on constate que la vulve a conservé sa configuration normale. Si on écarte les grandes lèvres et que l'on déprime le périnée au moyen du spéculum univalve de Sims, on remarque que non seulement toute la paroi inférieure de l'urèthre a disparu, mais que le col vésical lui même est complètement détruit. A la place de l'urèthre on ne voit plus qu'une simple gouttière limitée par deux crêtes longitudinales. La muqueuse vésicale tend à faire exstrophie. De tous les côtés se dirigent des bandes cicatricielles. La malade était dans un état tel qu'aucun des médecins, qu'elle avait consultés, ne croyait la guérison possible.

Opération : Anesthésie chloroformique. Vulve rasée, antiseptie vaginale et vulvaire avec la liqueur Van-Swieten. Décubitus dorsal ; cuisses écartées et renversées sur l'abdomen. Rétraction des parois vaginales avec de longues valves coudées placées en arrière et de chaque côté.

Après avoir avivé transversalement le bord postérieur de l'orifice vésical qui était adossé à la lèvre antérieure du col de l'utérus, M. Péan fit

une incision étendue d'arrière en avant un peu oblique qui allait en s'élargissant à travers le vagin et les petites lèvres à la hauteur du clitoris. L'extrémité de cette incision fut dirigée horizontalement de dehors en dedans jusqu'au capuchon clitoridien comme l'indique la figure de la page 31. Cette double incision circoncrivit un lambeau qui comprenait les téguments d'une portion assez étendue de l'orifice vésical, des parties antéro-latérales du vagin et des petites lèvres. A l'aide du bistouri, le lambeau fut détaché de chaque côté jusqu'à une distance assez rapprochée de la ligne médiane pour que ses bords puissent être mobilisés, adossés l'un à l'autre et suturés avec des anses séparées de fils de catgut. Lorsque ces deux bords furent adossés, l'urèthre se trouva reconstitué par le lambeau qui se trouvait enroulé de telle façon que sa face interne tégumentaire permettait à l'urine de s'écouler librement au dehors au-dessous du clitoris, tandis que la face externe saignante demeurait libre sur toute l'étendue des surfaces qui avaient été disséquées.

Les téguments du vagin et de la vulve situés en dehors des deux incisions latérales qui avaient été tracées pour circonscrire le lambeau furent disséqués assez loin pour pouvoir être mobilisés et attirés par glissement par la méthode française jusque sur la ligne médiane. Ces deux lambeaux furent disséqués assez pour permettre à leurs lèvres opposées d'arriver au contact l'une de l'autre. Celles-ci furent maintenues adossées par une nouvelle série de points de suture à anses séparées avec des crins de Florence très fins. On comprend qu'au moment où ces lambeaux furent attirés l'un vers l'autre, leur surface saignante recouvrit celle également saignante du premier lambeau, qui avait servi à restaurer l'urèthre, tandis que leur face cutanée muqueuse demeurait externe. Quelques points de suture appliqués sur les bords transversaux antérieur et postérieur des petits lambeaux suffirent pour empêcher l'urine de s'engager entre ces lambeaux. — Après cette opération le canal est complètement reconstitué.

On laisse une sonde à demeure et on fait un pansement antiseptique avec la gaze iodoformée. Au bout de 12 jours on enlève les fils et on constate que la réunion a eu lieu par première intention. Le canal est complètement refait. La malade commence à pouvoir conserver ses urines, elle éprouve

par moments un besoin d'uriner, l'incontinence a disparu. Il ne reste plus qu'une persistance de la fréquence des mictions.

OBSERVATION II. (Inédite, due à l'obligeance de M. PÉAN.)

DESTRUCTION DE L'URÈTHRE ET DU COL VESICAL. — AUTOPLASTIE PAR LE
PROCÉDÉ A LAMBEAUX VULVO-VAGINAUX. — GUÉRISON.

Louise R..., âgée de 38 ans, couturière entra le 8 juin 1889 au n° 20 de la salle Denonvilliers.

Antécédents. Son père est mort très vieux, sa mère a succombé à une apoplexie cérébrale.

Personnellement, Louise R... a toujours été bien portante. Elle n'a eu qu'une seule grossesse qui arriva à terme au mois d'octobre 1888. Après un travail de 48 heures, on dut pratiquer la céphalotripsie.

Début : Presque immédiatement après l'accouchement la malade a perdu ses urines.

Le 20 mars 1889, elle entra à Beaujon dans le service de M. le professeur Duplay qui, après l'avoir examinée, reconnut une déchirure de l'urèthre et tenta une restauration qui ne donna aucun résultat.

Etat actuel. : A l'examen on constate que la vulve présente extérieurement la configuration normale. Quand on écarte les grandes lèvres on découvre le clitoris recouvert de son capuchon ; mais au-dessous de lui on ne trouve rien qui ressemble à l'urèthre et à la portion voisine du vagin. A la place de ceux-ci, il existe une simple gouttière composée de tissus cicatriciels. Derrière l'urèthre absent on aperçoit la vessie terminée en avant par une bride transversale. Cette bride est surmontée d'une petite saillie rougeâtre qui n'est autre que la muqueuse vésicale tendant à faire exstrophie. Si avec une sonde on refoule doucement cette saillie, on voit l'instrument pénétrer dans la vessie et on ramène quelques gouttes d'urine.

On constate également un léger degré de cystocèle et de rectocèle.

L'état général s'est maintenu bon ; mais la vie est devenue insupportable

table, pour cette femme qui perd constamment ses urines et réclame avec insistance une intervention qui la débarrasse de son infirmité.

Opération : pratiquée le 29 juin 1889. Anesthésie chloroformique. Vulve rasée et lavée ; irrigations vaginales avec la liqueur de Van-Swieten. Décubitus dorsal ; cuisses écartées et renversées sur l'abdomen. Rétraction des parois vaginales à l'aide de longues valves coudées, placées en arrière et de chaque côté.

On voit alors la perte de substance caractérisée par l'absence complète de l'urèthre et du col vésical ; la partie conservée de la vessie tend à faire hernie et mesure environ 3 centimètres $1/2$ depuis l'orifice anormal de ce réservoir jusqu'au museau de tanche. Cet orifice anormal est entouré lui-même de tissu cicatriciel dont les rayons blanchâtres contrastent avec la coloration violacée de la muqueuse qui fait une petite hernie à ce niveau. En raison de l'étendue de la perte de substance, on commence par couper les brides cicatricielles placées de chaque côté de l'orifice vésical, pour voir s'il ne serait pas possible de ramener cet orifice et le bas fond plus en avant de manière à diminuer la longueur de l'urèthre qu'il s'agit de reconstituer. Mais on constate que la section latérale de ces brides ne donne aucune laxité à cause de la résistance opposée par le tissu inodulaire, placé en avant et au-dessous de la symphyse. Dans ces conditions, M. Péan pensa que le mieux était de conserver cette paroi antérieure indemne et de la faire servir pour la réfection du nouvel urèthre. Cela était d'autant plus facile qu'elle était fixe et continue avec la muqueuse intravésicale comme avec les téguments voisins. Il n'en était pas de même de la portion inférieure et latérale de l'orifice vésical, qui représentait à elle seule les deux tiers de cette ouverture anormale. De ce côté, on fut réduit à aviver le pourtour de cet orifice de façon à pouvoir l'adapter à un lambeau pris de chaque côté de la partie inférieure de la vulve.

Pour donner à ce lambeau la longueur et la laxité voulues, on prolongea successivement les incisions déjà faites de chaque côté de l'urèthre en coupant profondément les cicatrices. Les incisions furent dirigées d'arrière en avant à travers la muqueuse en allant jusqu'à la hauteur du clitoris. A ce niveau elles étaient distantes de 4 centimètres et furent disposées de façon à décrire une légère courbe. Les deux lambeaux furent détachés par leurs faces profondes, retournés et suturés sur la ligne mé-

diane au moyen de fils de catgut à anses séparées. A leur partie postéro-inférieure les lambeaux munis également d'un bord cruenté furent adaptés, suturés à la partie avivée du pourtour de l'orifice vésical à l'aide de 4 points de suture au crin de Florence.

Enfin les tissus vulvaires, voisins des parties latérales des lambeaux furent attirés au-dessous de ceux-ci par une légère dissection et réunis à leur tour sur la ligne médiane.

Le temps nécessaire à la confection du canal avait duré 30 à 35 minutes. Or, pendant ce court espace de temps, l'urine secrétée a déjà pu être retenue dans le fond de la vessie, contrairement à ce qui avait lieu auparavant. En introduisant une sonde dans le nouveau canal jusque dans le réservoir, on voit en effet sortir une cuillerée d'urine. Cette sonde a été laissée à demeure, puis on fait un pansement antiseptique avec la gaze iodoformée.

15 juillet : Le canal est reconstitué sur toute sa longueur, mais comme le sphincter manque, la malade perd ses urines quand elle est debout. On enlève les fils de suture et en même temps la sonde.

2 août : la malade quitte l'hôpital ; elle perd un peu moins ses urines, elle a la sensation du besoin d'uriner. On est donc en droit d'en conclure qu'il se fait un travail de sphinctérisation.

Nous avons été revoir la malade le 5 juin 1892 ; elle est actuellement débarrassée de tout accident. L'incontinence a complètement disparu ; la miction s'accomplit d'une façon normale.

OBSERVATION III

(Inédite et personnelle).

FISTULE URÉTHRO-CERVICO. VAGINALE — AUTOPLASTIE PAR LAMBEAUX VULVO-VAGINAUX. — AMÉLIORATION FONCTIONNELLE.

Juliette L... modiste, âgée de 26 ans est entrée le 5 novembre 1890, salle Denonvilliers, lit n° 4 et a été opérée le 22 novembre 1890.

Début. Cette jeune femme dont l'état de santé a toujours été excellent, a accouché pour la première fois il y a 5 mois. L'accouchement se fit à terme en présentation du sommet. Par suite du manque d'élasticité

de l'anneau vulvaire, la tête de l'enfant qui était volumineuse resta douze heures au détroit inférieur. Elle se dégagaa spontanément sans le secours du forceps. Après l'accouchement, on constata une eschare de l'urèthre qui se détacha le lendemain. Depuis lors la malade perd continuellement ses urines.

Etat actuel : La vulve présente un aspect normal, seul le périnée laisse voir les traces d'une petite déchirure qui eut lieu au moment de l'accouchement. En haut, en écartant les grandes lèvres, on aperçoit le clitoris recouvert de son capuchon et au-dessous de lui on trouve deux petits bourrelets, vestige du méat urinaire. En arrière de ces bourrelets, on constate que la totalité de l'urèthre et que le col de la vessie ont été remplacés par un tissu de cicatrice extrêmement dense, adhérent au bord inférieur du pubis. La vessie tend à faire exstrophie et le vagin est sillonné par de nombreuses brides cicatricielles. La malade est atteinte d'une incontinence d'urine absolue.

1^{re} Opération. 22 novembre 1890. Anesthésie chloroformique. Vulve rasée et lavée ainsi que le vagin avec la liqueur Van-Swieten. Décubitus dorsal, cuisses écartées et renversées sur l'abdomen, rétraction des parois vaginales à l'aide de longues valves coudées, placées en arrière et de chaque côté. Dans un premier temps M. Péan, après avoir circonscrit, disséqué et suturé deux lambeaux de manière à reconstituer l'urèthre et le col de la vessie d'après son procédé, taille dans un second temps les seconds lambeaux qui doivent recouvrir et renforcer les premiers. (Pour plus de détails, voir plus haut le procédé opératoire.)

Par cette opération, qui relativement facile à exécuter, l'urèthre et le col de la vessie furent complètement reconstitués.

1^{er} jour : Pas de température, l'urine s'écoule facilement par la sonde ; on fait deux injections d'eau boriquée.

2^e jour : La sonde fonctionne toujours bien, mais l'urine est mêlée de sang. Injection vésicale et vaginale.

3^e jour : Même état. Le soir la malade dit qu'elle se sent mouillée. La commissure postérieure présente des traces d'urine.

4^e jour : L'écoulement de l'urine par le vagin augmente. Il est évident que l'urine s'écoule par un des points de suture.

5^e jour : Même état, toujours du sang dans les urines.

6^e jour : Pendant la nuit, le fil qui retenait la sonde, a coupé les tissus et la sonde a glissé. Elle est remise en place sans difficulté.

La sécrétion vaginale est un peu purulente. Cependant la réunion par première intention est effectuée, il y a à peine un peu de rougeur autour des fils.

7^e jour : Même état.

8^e jour : L'urine cesse d'être teintée de sang.

10^e jour : La sonde est retirée et changée parce qu'elle était revêtue de concrétions calcaires. L'injection vaginale ramène également des concrétions de même nature.

16^e jour : Quelques fils commencent à tomber spontanément.

22^e jour : Ablation des fils. La réunion a réussi partout. Il ne reste qu'un petit pertuis au niveau du col vésical par où s'écoule un peu d'urine. La sonde à demeure est maintenue.

2^{me} Opération : 21 mars 1891.

La première opération a été suivie d'un plein succès ; non seulement l'urètre et le col de la vessie ont été complètement restaurés, mais le nouveau canal laisse facilement passer et les sondes. Il reste seulement sur la ligne médiane à l'union du lambeau anaplastique avec la lèvre antérieure de la vessie un petit orifice fistuleux par lequel s'écoule involontairement l'urine. Les cautérisations avec le nitrate d'argent faites à intervalle, ne pouvant suffire pour amener l'oblitération du petit orifice, on le suture avec six crins de Florence à anses séparées. Cette petite opération est faite sous le sommeil chloroformique. On peut constater que cette petite fistule était due aux nœuds d'un fil qui était resté sur la ligne médiane entre les lèvres de la plaie et qui avait suffi à entretenir cette fistulette. Ce nœud lui-même fut enlevé avec soin. Le lavage au sublimé et tamponnement iodoformé du vagin.

4 avril : On enlève les fils et on constate que la fistule est fermée. Couchée la malade conserve très bien ses urines, levée elle ne les conserve que durant une ou deux heures. On peut donc espérer qu'avec le temps l'amélioration continuera à s'accroître.

CONCLUSIONS

Dans ce modeste travail, nous nous sommes proposé de décrire spécialement les procédés autoplastiques destinés à la cure de la destruction de l'urèthre féminin. De la comparaison que nous avons faite, il résulte que tous ne sauraient être indistinctement employés.

Un des meilleurs, ce nous semble, est le procédé à lambeaux vulvo-vaginaux indiqué par M. Péan. L'épaisseur des couches qu'on emploie pour la réfection du nouveau canal permet de reconstituer un urèthre dont la paroi est bien vivace. Toutefois il exige beaucoup de soins et de patience pour que le nouvel urèthre ait les dimensions nécessaires, pour que les deux moitiés qui le composent soient bien rapprochées, pour que les tissus qui le doublent soient épais et bien vivants, enfin pour que la forme et les fonctions de la région ne soient pas trop sensiblement altérées.

Ce procédé peut surtout être employé dans les destructions totales de l'urèthre et du col de la vessie, c'est-à-dire dans les cas dans lesquels échouent les procédés autoplastiques usités jusqu'à ce jour.

Vu le Doyen,

P. BROUARDEL

Vu par le président de la thèse.

PINARD

Vu et permis d'imprimer :

LE VICE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,

GRÉARD.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	7
CHAP. I. Notions générales sur la destruction de l'urèthre féminin	10
1. Etiologie	10
2. Symptômes	15
3. Pronostic	18
4. Traitement	19
CHAP. II. Exposé de la technique opératoire des procédés à lambeaux.	22
1. Lambeaux empruntés aux petites lèvres.	22
2. » » à la cloison vésico-vaginale.	24
3. » » au vagin.	28
4. » » à la vulve et au vagin.	31
CHAP. III. Indications et valeur des procédés appliqués à la res- tauration de l'urèthre féminin.	35
1. Caractères anatomiques des fistules.	35
2. Indications des procédés opératoires.	39
CHAP. IV. Observations.	47
CONCLUSIONS	54

